

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1931

THESE

N° 81

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

par

Léon MONTAIGNE

Ancien Interne de l'Hôpital Chiappe

Né le 22 Avril 1905, à Annœullin (Nord)

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT
DE LA PROSTATITE CHRONIQUE**

**Travail de la Maison de Santé du Gardien de la Paix
Chirurgien-Chef : Docteur Bernard Desplas
Chirurgien des Hôpitaux de Paris**

Président : M. LEGUEU, Professeur

LIBRAIRIE MEDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13

PARIS

1931

Année 1931
—

THESE

N° —
—

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

Léon MONTAIGNE

Ancien Interne de l'Hôpital Chiappe

Né le 22 Avril 1905, à Annœullin (Nord)

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT
DE LA PROSTATITE CHRONIQUE**

Travail de la Maison de Santé du Gardien de la Paix
Chirurgien-Chef : Docteur Bernard Desplas
Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Président : M. LEGUEU, Professeur

LIBRAIRIE MEDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13
PARIS

1931

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON
	ACHARD
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ...	II. CLAUDE
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN
	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DEL BET
	HARTMANN
	LEJARS
Clinique ophtalmologique	GOSSET
Clinique urologique	TERRIEN
	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVLAIRE
	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.
Clinique de la tuberculose	L. BERNARD.



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE	Neurologie et psychiâtrie.
BIET	Physiologie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES ...	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALENSI	Neuro-psychiâtrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER (Fernand)	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) ..	Pathologie médicale.
VAUDESQAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE à titre permanent

MM.	
ALGLAVI	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique obstétricale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
LÉRI	Clinique médicale.
METZGER	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, agréé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLE	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

Témoignage de la profonde affection.

A MON PERE

LE DOCTEUR P. MONTAIGNE

*Témoignage de filiale affection et de
profonde reconnaissance.*

A MADAME MARCELLE JEAN CHIAPPE

Hommage de notre respectueuse admiration.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGUEU

Commandeur de la Légion d'honneur
Chirurgien de l'Hôpital Necker
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

*En le remerciant de l'honneur qu'il
nous fait d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BERNARD DESPLAS

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Chirurgien-Chef de la Maison de Santé du Gardien de la Paix

*En gage de profond respect et en lui
exprimant toute notre gratitude pour
l'enseignement si précieux qu'il a bien
voulu nous donner à la Maison de Santé
du Gardien de la Paix.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL FLANDRIN

Ancien Chef de Clinique urologique à la Faculté
Chef du Service des Voies Urinaires à la Maison de Santé
du Gardien de la Paix
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Michel

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse. Notre très sincère gratitude et notre
respectueux attachement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN MEILLERE

Prosecteur des Hôpitaux de Paris
Chirurgien-adjoint à la Maison de Santé du Gardien de la Paix

*Qui nous a prodigué ses conseils de
technique chirurgicale à l'Amphithéâtre
d'anatomie des hôpitaux de Paris. Témoi-
gnage de grande et respectueuse affection.*

A MES AUTRES MAITRES DES HOPITAUX

INTRODUCTION

J'ai eu l'honneur de remplir les fonctions d'interne à la Maison de Santé du Gardien de la Paix pendant la première année de fonctionnement. Cette belle création est due à la générosité et à l'esprit d'initiative de Mme Jean Chiappe dont les efforts ont été couronnés du plus beau succès, et dont le nom restera attaché à une des œuvres parmi les plus nobles et les plus utiles.

Le premier but que Mme Jean Chiappe a voulu atteindre a été de permettre l'hospitalisation des Agents de la Police parisienne blessés en service commandé et victimes du devoir. La réalisation technique et la direction ont été confiées au Docteur Bernard Desplas, chirurgien des hôpitaux de Paris, qui, riche de l'expérience de ses années de chirurgie de guerre, a su assurer dès le début et malgré des difficultés inévitables un fonctionnement modèle de cette « formation de guerre en temps de paix ».

Mme Jean Chiappe ne s'est pas contentée d'assurer seulement l'hospitalisation des gardiens blessés dans leur service, elle a voulu en outre que les agents de la Police et leurs familles puissent trouver à la Maison de Santé tous les soins chirurgicaux que pourrait réclamer leur état; et c'est ainsi qu'au service de

réception des Urgences conçu et réalisé suivant un plan qui assure à tous les blessés quel que soit leur nombre les soins nécessaires, se sont ajoutés des services de consultation qui comprennent toutes les affections chirurgicales.

J'ai été plus particulièrement affecté au service des maladies des voies urinaires où j'ai eu pour chef le Docteur Paul Flandrin. C'est au Docteur Flandrin que nous devons d'avoir appris à faire l'examen complet et méthodique d'un malade venant consulter pour une affection des voies urinaires. Il a bien voulu pendant un an nous prodiguer son enseignement et maintenant encore il nous assiste de ses conseils. C'est à lui que nous devons encore de pouvoir écrire ce travail, qu'il veuille bien accepter toute notre reconnaissance.

Nous avons été frappés du nombre important de prostatiques chroniques que nous avons eu à examiner, mais il est obligatoire que dans les premiers mois de fonctionnement d'une consultation urologique, ce soient les maladies chroniques de l'urètre qui en constituent l'élément le plus important. Nous avons pensé qu'il serait peut-être intéressant d'indiquer comment nous avons examiné et traité nos malades. Nous croyons que les bons résultats que nous avons obtenus sont dus au fait que nous avons recherché systématiquement chez les malades porteurs d'une urétrite chronique, les lésions profondes glandulaires entretenant et prolongeant la maladie.

Nous avons été aidés dans notre travail par les

directives données dans son enseignement par M. le Professeur Leguen. L'école de Necker, parmi tant de travaux, ne pouvait ignorer cet intéressant chapitre de Pathologie urinaire, et nous avons largement puisé dans les articles publiés dans les Annales urologiques de l'hôpital Necker sous la direction du Professeur Leguen.

Que M. le Professeur Legueu veuille bien trouver ici tous nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en présidant cette thèse en même temps que l'hommage de la respectueuse admiration que nous avons pour lui.

PREAMBULE

La persistance de maintes urétrites et la récurrence d'urétrites que l'on pouvait croire guéries après un traitement minutieux sont le plus souvent dues à la prostatite chronique.

D'autre part, l'urétrite chronique blennorragique postérieure s'accompagne presque toujours de prostatite.

Il existe aussi des prostatites chroniques qui ne sont pas dues à une affection vénérienne et dont l'agent infectieux semble être le plus souvent le colibacille. Cette forme est rare, nous n'en n'avons pas observé à la Maison de Santé du Gardien de la Paix. Il sera souvent illusoire de chercher à guérir tous ces malades en s'attachant exclusivement au traitement classique des lésions grossières et apparentes de prostatite ou d'urétrite, la première étant d'ailleurs assez souvent ignorée au profit de l'urétrite.

Les échecs habituels sont dus à des réinoculations successives de l'une sur l'autre.

C'est ainsi que des lésions urétrales auront pu être sensiblement améliorées par les lavages, les instillations, voire même les dilatations parfois excessives, mais habituellement après une courte disparition, les signes fonctionnels se manifesteront à nou-

veau, la reprise étant due dans la majorité des cas à de nouvelles inoculations parties d'une prostate chroniquement enflammée.

• L'importance qu'il y a à traiter simultanément les deux ordres de lésions glandulaires et muqueuses saute aux yeux. C'est à leur recherche et à leur étude aussi complètes que possible que tend l'examen auquel nous soumettrons notre malade.

Nous ne reprendrons pas ici le tableau clinique de la prostatite chronique si bien développé dans les grands traités d'urologie et dans de nombreux travaux. Nous insisterons plutôt sur la nécessité qu'il y a à rechercher cette affection chez tout malade qui se présente à une consultation des maladies des voies urinaires. Ils sont nombreux ceux qui vont d'examens en examens sans trouver d'amélioration à une affection dont les signes, s'ils ne sont pas recherchés très attentivement, pourront être méconnus.

Nous exposerons longuement le traitement et nous insisterons beaucoup sur l'importance capitale qu'il y a à en réaliser une application très minutieuse si l'on veut obtenir un résultat satisfaisant pour le malade et son médecin.

ETUDE CLINIQUE

Motifs de la consultation

Les motifs qui amènent le malade à consulter sont très variés.

La manifestation la plus constante est l'écoulement, écoulement matinal, souvent peu abondant; intermittent, plus rarement permanent.

Son importance est variable; très réduit, il ne provoque qu'une sensation d'humidité du canal.

La « goutte » est de teinte blanche-jaunâtre, ou verdâtre; elle peut n'être qu'une manifestation isolée de l'urétrite chronique; le plus souvent elle s'accompagne de pesanteur anale avec irradiations périnéales, picotements ou élancements dans le canal, depuis la base du scrotum jusqu'à l'extrémité de la verge.

Les mictions peuvent être légèrement douloureuses et suivies de cuisson.

Tous ces signes peuvent se trouver réunis ou isolés.

D'autres malades consultent pour pollakiurie diurne et parfois nocturne, deux ou trois mictions par nuit; la pollakiurie peut s'accompagner d'un léger degré de dysurie.

Dans d'autres cas plus rares le malade est in-

quiété par l'écoulement au niveau du méat d'un liquide opalescent, filant, au moment de la défécation.

Certains consultent pour de légères hématuries initiales ou terminales que l'examen permet de rattacher à une origine prostatique.

Enfin, d'autres ne signalent que des douleurs lombo-sacrées, tenaces et qui s'exagèrent par la station debout et la fatigue.

On retiendra que ces malades sont avant tout des douloureux et la douleur est chez eux le signe le plus constant.

Interrogatoire

Le malade est un ancien blennorragique et souvent un « récidiviste impénitent ».

Les urétrites sont plus habituellement anciennes, remontant à plusieurs années ou plus rarement à plusieurs mois.

Il importe dans l'interrogatoire d'en faire préciser le nombre, la durée, les complications et surtout le traitement suivi.

Examen du malade

On recueillera aseptiquement les sécrétions urétrales que l'on pourra faire apparaître au méat.

L'examen direct sur lames, la culture après centrifugation révéleront très rarement la présence de gonocoques isolés. Beaucoup plus souvent, il s'agit d'affections secondaires banales staphylococciques ou

colibacillaires. Plus rarement on ne rencontrera que des globules de pus et des cellules épithéliales sans qu'il soit possible de préciser la nature du microbe.

Les urines recueillies dans deux verres sont le plus souvent claires, mais tenant en suspension des filaments gros et courts qui tombent au fond du verre ou des filaments plus légers qui surnagent longtemps.

Il ne faut pas attacher trop d'importance au fait que des filaments existent seulement dans le premier verre ou dans les deux verres, pour fixer le siège de la suppuration. Dans le premier cas, il s'agit d'un écoulement léger; dans le second, d'écoulement plus abondant.

L'examen des organes contenus dans le scrotum nous montrera s'il y a eu déférentite et épидидymite.

Le gland, le méat et l'urètre antérieur seront désinfectés avec une solution antiseptique faible : oxy-cyanure de mercure à 1 pour 4.000.

On fait pénétrer dans l'urètre un explorateur olivaire du calibre 20. Il peut atteindre la vessie après avoir rencontré à peine un léger temps d'arrêt au niveau du sphincter ou bien il glisse moins facilement dans son trajet terminal; la main qui le guide sent un urètre reflux, indice de rétrécissement large sans sténose constituée.

Il existe un signe sur lequel le Docteur Flandrin a attiré notre attention, et que nous avons noté chez tous nos prostatiques. Ce signe traduit la sensibilité vive de l'urètre postérieur. Le malade l'exprime en accusant une douleur le plus souvent vive lorsque

l'extrémité de l'explorateur franchit l'urètre membraneux pour pénétrer dans l'urètre prostatique.

C'est un véritable cri de l'urètre. La souplesse, le calibre, la sensibilité de l'urètre nous étant connus, il convient maintenant de rechercher l'existence possible d'un résidu vésical.

Cette recherche prend toute son importance lorsqu'elle est pratiquée chez un malade un peu âgé, venu consulter pour dysurie avec pollakiurie diurne et nocturne.

Il n'est pas rare de constater la présence d'un résidu vésical chez de tels malades. De petites hématuries peuvent être notées dans les antécédents; elles rendront parfois plus difficile le diagnostic.

« Ces phénomènes de prostatisme dans la prostatite chronique », ainsi appelés par Janet, demandent à être bien connus.

L'interprétation des signes physiques prêterait d'ailleurs rarement à confusion, sauf chez les malades âgés chez lesquels on pourrait croire à un adénome infecté ou à un cancer prostatique au début. Nous n'avons pas eu à discuter ce diagnostic chez nos malades. Dans ces cas particuliers, l'urétroscopie fera le diagnostic.

S'il s'agit d'une prostatite chronique, elle montrera les déformations mécaniques caractéristiques de cette affection. Nous en ferons plus loin une étude plus approfondie.

Après la recherche du résidu vésical, on introduira dans la vessie 200 grammes environ de liquide

faiblement antiseptique. Ce liquide clair nous permettra après l'expression glandulaire, de recueillir les sécrétions prostatiques qu'il entraînera au moment de son émission.

Examen de la prostate

Plusieurs symptômes vont nous permettre de constater l'atteinte prostatique. Dès que le doigt prend contact avec la glande, le malade accuse une sensibilité qui peut être très vive, au point que les massages même pratiqués avec la plus grande douceur pourront lui être très pénibles.

C'est ensuite l'augmentation de volume, celle-ci est habituelle, elle peut intéresser la totalité de l'organe ou se limiter à un seul lobe.

La consistance du tissu glandulaire est variable. Habituellement on trouve dans un lobe, plus rarement dans les deux, des noyaux plus ou moins durs au niveau desquels la sensibilité est accrue.

En priant le malade de pousser, les vésicules séminales deviennent accessibles au doigt. Elles peuvent être sensibles au toucher et perceptibles au doigt qui en note les altérations de contour, de forme et de consistance.

On pourra à la suite de la pression exercée sur la région prostato-vésiculaire, voir apparaître au méat une sécrétion épaisse qui peut être muco-purulente ou hémorragique, parfois d'aspect huileux. Il est bon d'en effectuer un prélèvement aseptique.

On prie ensuite le malade d'uriner dans un verre stérile pour pouvoir en faire l'examen bactériologique. L'aspect du liquide recueilli présente un grand intérêt pour le diagnostic positif de la prostatite.

L'aspect trouble du liquide permet de ne plus douter de la prostatite; après quelques instants de repos, le fond du verre montrera un dépôt jaunâtre, parfois une véritable purée.

Ajoutons en passant que les meilleurs résultats sont obtenus chez les malades dont le liquide d'examen prostatique était fortement troublé.

Après quelques séances de massage on peut constater que le liquide d'examen est plus fortement teinté; cette augmentation de la pyurie est un symptôme favorable, elle traduit le ramollissement de la glande qui se laisse exprimer et permet l'évacuation de ses sécrétions.

Parfois il arrivera de recueillir une petite masse blanchâtre, n'ayant pas tendance à se morceler, et qui représente le moule exact d'une vésicule séminale.

Le diagnostic de prostatite est évident. Il faut arrêter là l'examen.

LE TRAITEMENT

Nous avons l'habitude de tenter alors un dernier essai loyal du traitement classique, d'autant que très souvent le traitement suivi par le malade, excessif sur quelques points, aura été relativement insuffisant sur d'autres.

Rappelons brièvement les données essentielles de ce traitement aujourd'hui classique et dont le détail est longuement exposé dans tous les traités d'urologie.

Régime alimentaire

Il faut conseiller au malade un régime alimentaire dans lequel seront exclues les boissons alcoolisées et les mets épicés. Il est bon de préciser et d'insister sur la nécessité qu'il y a pour lui à s'alimenter au moyen de viandes grillées, de légumes abondants, accompagnées d'infusions, de tisane de graines de lin par exemple, préparée très simplement en faisant bouillir dans un litre d'eau pendant dix minutes le contenu d'une cuillerée à soupe de graines de lin enveloppées dans un sachet.

Traitement de la prostatite

Matin et soir, si son service le lui permet, le malade prendra et gardera un petit lavement de la contenance d'un tiers de verre à boire environ. Il sera composé d'une décoction de guimauve très chaude; s'il existe des troubles douloureux on y fera ajouter chaque fois quinze gouttes de Laudanum de Sydenham et le contenu d'un paquet d'antipyrine de 50 centigrammes.

Une ou deux fois par semaine on procèdera à un massage doux de la prostate accompagné d'un lavage antiseptique.

Il sera bon d'associer la diathermie simple ou effluation rectale, comme elle a été utilisée sur une large échelle à la clinique de Necker. Il s'agit d'une application de haute fréquence unipolaire, uni ou bi-hebdomadaire. Elle constitue un utile complément des massages digitaux.

Traitement de l'Urétrite

Il y a lieu de ne pas négliger l'élément important que constitue l'urétrite concomittante.

Nous employons de grands lavages uréthro-vésicaux en utilisant des solutions antiseptiques faibles comme l'oxycyanure de mercure à 1 pour 4.000 et nous leur associons des instillations de nitrate d'argent à 1 pour 200, ou d'argyrol, voire même d'huile syntholée.

Si l'urètre est dur, scléreux et à plus forte raison

rétréci, il y a lieu de pratiquer des dilatations lentes et progressives. Les bougies en gomme nous paraissent préférables à l'emploi de béniqués dont le maniement nécessite un personnel hospitalier plus entraîné et qui sont plus traumatisants. Nous n'avons pas eu à employer la vaccination. La meilleure méthode utiliserait des auto-vaccins polyvalents, préparés en partant de la culture de l'exsudat urétral, de la spermo-culture ou du liquide recueilli après l'expression de la glande.

La vaccination qui peut modifier la prostatite ne peut rien sur les lésions organisées de l'urètre postérieur.

EVOLUTION. — COMPLICATIONS

Deux éventualités sont possibles. La guérison ou l'échec.

Dans les échecs il faut considérer les simples améliorations : disparition des signes fonctionnels, sécheresse prostatique, mais persistance de la goutte.

Quel est le sort des malades chez lesquels la guérison n'a pas été obtenue ?

Ils sont sous la menace de l'apparition des manifestations génitales. A l'abri du sphincter membraneux, le véru montanum macère parmi les sécrétions, il s'altère et ses lésions donnent lieu dans la presque totalité des cas à un syndrome d'intensité variable.

Les fonctions génitales sont troublées, soit qu'il y ait perte des désirs sexuels avec érections de plus en plus rares, parfois douloureuses; soit qu'il y ait éréthisme génital avec érections fréquentes et brèves suivies d'éjaculations prématurées.

Ce trouble grave des fonctions génitales ne va pas sans une altération progressive de l'état général, fatigue, asthénie intellectuelle, émotivité exagérée.

Des troubles nerveux plus graves surviennent : anxiété, état dépressif, neurasthénie, voire même tendance au suicide. Ces complications psychiques réalisent la neurasthénie urinaire.

DEDUCTIONS THERAPEUTIQUES

Lorsque l'application du traitement classique conduit à un échec, ou à une simple amélioration, c'est-à-dire disparition des signes fonctionnels, mais persistance de l'écoulement, il faut admettre qu'un élément n'a pas été atteint par le traitement; cet élément est la lésion urétrale.

C'est l'endoscopie de l'urètre prostatique qui le fera découvrir. Il faudra apporter plus de soin à l'exploration du véru montanum chez les malades atteints de neurasthénie urinaire. — Chez eux, les lésions superficielles ou totales du véru entrent pour une grande part dans l'étiologie des troubles génitaux précédemment indiqués.

Avantages de l'examen endoscopique retardé

Toute la période qui s'est écoulée depuis la première visite du malade jusqu'à la séance d'examen endoscopique n'est pas du temps perdu.

Par ce traitement, le malade sera préparé à l'exploration. Les modifications du calibre de l'urètre, s'il en existait, auront été traitées; la souplesse du canal en totalité rétablie; toutes conditions facilitant l'introduction de l'urétroscope.

L'élément infection, si nous l'avions négligé,

pourrait nous réserver après l'urétroscopie, des surprises désagréables : épидидymite uni ou bilatérale, poussée aiguë de prostatite.

La désinfection parfois relative du malade évitera ces complications post-opératoires.

*Instrumentation permettant de réaliser l'endoscopie
de l'urètre prostatique*

Nous ne sommes pas partisans des urétroscopes à vision directe. L'introduction en est très difficile, l'irrigation continue n'est pas possible, l'image que l'on obtient n'est pas suffisante.

Les appareils endoscopiques de Goldschmidt et de Worridlo réalisent un véritable progrès sur les simples tubes urétroscopiques précédents. Mais ils présentent encore des défauts et ont le grand inconvénient de ne pouvoir tourner sur leur axe lorsqu'ils ont été introduits dans l'urètre, s'opposant ainsi à un examen complet.

Mac Carthy, en 1914, a présenté à Necker un appareil nouveau qui a sur les instruments antérieurs des avantages indiscutables. Son calibre est modéré, ce qui rend l'introduction facile. Une fois mis en place, sa mobilité permet d'explorer toutes les parties de l'urètre postérieur, le col vésical, le trigone et les orifices urétéraux. Il permet de réaliser l'irrigation continue, de distendre à volonté l'urètre postérieur et d'obvier aux hémorragies très faibles mais qui peuvent obscurcir le champ de vision.

L'urétro-cystoscope du Docteur Heitz-Boyer réalise un perfectionnement sur l'appareil précédent. Le Docteur Heitz-Boyer a modifié le dispositif original du Mac Carthy par l'adjonction de trois optiques à inclinaison variable, et d'une béquille en gomme destinée à faciliter l'introduction de l'appareil. Deux larges fenêtres placées à l'extrémité vésicale de la gaine permettent de donner à l'optique des inclinaisons latérales étendues. Le décolage se fait au moyen d'une bascule spéciale. Les trois optiques permettent d'observer le champ sous des angles de 45° , 90° et enfin 111° . Avec ces différentes inclinaisons il est aisé de découvrir toutes les particularités qui peuvent échapper autrement à l'œil de l'observateur. La gaine graduée en centimètres afin de repérer l'endroit examiné, n'est pas déplacée pendant l'examen et l'exploration devient indolore.

Nous nous sommes servis de l'urétroscope du Docteur Chevassu qui est un Mac Carthy inodifié, et dans lequel l'extrémité vésicale est une béquille tenant lieu de sabot. Il est de dimensions réduites et a tous les avantages que présente le Mac Carthy et que nous avons énumérés déjà dans la description de celui-ci.

Technique de l'exploration endoscopique de l'urètre prostatique

Nous n'avons pas eu besoin de l'anesthésie; cette exploration n'est pas douloureuse et elle est pratiquée

chez des malades qui pour la plupart sont déjà familiarisés avec le contact d'instruments métalliques.

L'introduction de l'appareil se fait très facilement. Après avoir vérifié l'éclairage, l'extrémité vésicale de l'instrument est lubrifiée avec quelques gouttes de glycérine stérilisée. La verge étant tenue de la main gauche, on fait pénétrer l'urétroscope jusqu'au contact de la région bulbaire. Lorsque le bec de l'instrument est engagé, on tend fortement la verge pendant que l'on continue à faire progresser l'appareil qui, s'engageant davantage, pénètre jusque dans la vessie et se maintient alors de lui-même en place.

On retire le mandrin que vient remplacer l'optique après que l'urine contenue dans la vessie s'est écoulée. On adapte la pince et on règle dès maintenant le débit du liquide d'irrigation en ouvrant tout d'abord le robinet d'accès. Lorsque la vessie paraît suffisamment distendue, le robinet d'évacuation est ouvert à son tour et pendant toute la durée de l'examen on laissera passer le liquide.

*Images endoscopiques des lésions urétrales et du col
vésical dans la prostatite chronique*

Lorsque l'opérateur prend place devant l'urétroscope, le bec de l'instrument est dans la vessie. Avant-tout, il faut se repérer.

Le point de repère est le col vésical. On trouve très

facilement le bout supérieur du col dont l'image est celle d'un croissant concave en bas.

Dès maintenant il faut s'attacher à reconnaître les deux ordres de lésions. D'une part les déformations mécaniques de l'urètre prostatique en rapport avec les modifications de la prostate causées par l'infection glandulaire. D'autre part, les lésions d'urétrite postérieure, celles-ci inflammatoires, et qui traduisent l'atteinte de la muqueuse.

Les déformations mécaniques constituent un véritable syndrome de la prostatite. Elles ont été décrites et synthétisées pour la première fois par le Docteur Flandrin qui les avait observées à la clinique de Necker vingt-sept fois sur deux cents malades.

Elles sont caractérisées par :

1° L'augmentation de la hauteur des segments sur et sous montanal de l'urètre.

2° La saillie pathologique du bord postérieur du col.

3° L'effacement des gouttières latéro-prostatiques.

4° La saillie intra-urétrale des faces latérales, dessinant des lobes plus ou moins saillants et généralement à contours irréguliers.

Les deux premiers caractères nous ont paru les plus fréquents. Il était quelquefois difficile de les reconnaître, lorsqu'ils étaient masqués par des lésions d'inflammation de la muqueuse qui les dérobaient à notre examen en se plaçant au premier plan.

Il faut s'assurer de la fixité de ces déformations

en faisant varier à plusieurs reprises le degré de distension de l'urètre, ce qui s'obtient en ouvrant et fermant alternativement le robinet d'écoulement du liquide d'irrigation.

On recherchera les orifices glandulaires prostatiques infectés dans les gouttières latérales et entre les freins postérieurs du véru. Ces orifices sont béants et laissent sourdre du pus quand on masse la prostate. Ils sont parfois entourés de bourrelets œdémateux.

Il ne sera pas rare de trouver de véritables lacunes irrégulières au-dessus et de chaque côté du véru et dans lesquelles on a pu constater la présence de petits calculs phosphatiques.

Ces calculs sont le plus souvent une trouvaille de l'exploration endoscopique. Leur présence n'entraîne pas de symptômes spéciaux. L'une de ces concrétions peut être le témoin d'une véritable lithiase prostatique. Celle-ci est constituée par des accumulations de phosphates et de carbonates de chaux autour d'un centre organique albuminoïde. Ces concrétions sont d'ordinaire multiples.

Après la recherche des déformations mécaniques ci-dessus décrites, et des cryptes glandulaires infectées, nous passons à l'examen des signes traduisant l'atteinte de la muqueuse de l'urètre postérieur.

L'exploration se fera successivement au niveau du trigone, du col et enfin de l'urètre.

Le col vésical sera examiné sur tout son pourtour; il suffit pour cela de faire pivoter l'urétroscope

suivant son grand axe en lui faisant exécuter un tour complet.

L'urètre prostatique est examiné ensuite. Après avoir vu les parois supérieure et latérales, on termine par l'étude de la paroi inférieure et du véru.

En allant des lésions les plus simples aux lésions les plus avancées, on observe :

1° La simple congestion de la muqueuse avec œdème diffus, disparition des arborisations vasculaires. Ces lésions s'observent en particulier au niveau du trigone et de l'urètre.

2° L'œdème organisé. Les bulles plus ou moins grosses se présentent sous forme de vésicules claires, arrondies, vascularisées, sessiles. Leur siège habituel est le col dans son segment supérieur et aussi la paroi inférieure de l'urètre prostatique.

3° Les végétations charnues qui sont de petites excroissances irrégulières, saignant facilement, sans axe vasculaire visible, siégeant rarement sur le col, occupant l'urètre péri-montanal.

Nous avons observé parfois dans la région du trigone, au milieu d'une zone de congestion, des ulcérations peu étendues, au nombre de trois ou quatre, pouvant être recouvertes d'une plaque de fausse membrane.

Notre examen nous a permis jusqu'à maintenant de reconnaître l'existence de déformations prostatiques, la présence de lacunes, d'orifices glandulaires infectés, et de lésions organisées ou simplement congestives de l'urètre prostatique et du col vésical.

Notre examen sera complet lorsque le véru aura été examiné. Le véru montanum présente chez un grand nombre de malades atteints de prostatite chronique des lésions caractéristiques. Ces lésions sont conditionnées par sa situation topographique.

La muqueuse qui recouvre le véru étant celle de l'urètre prostatique, nous rencontrerons sur cet organe les lésions communes à tout l'urètre postérieur.

D'autre part, la propagation du processus inflammatoire conditionnera ses déformations vers l'hypertrophie ou l'atrophie. Donc deux formes du véru montanum pathologique. Soit véru rétracté à muqueuse blanche, véru scléreux à contour irrégulier avec déformation définitive de l'orifice utriculaire.

Soit véru globuleux, augmenté de volume, congestionné, ayant l'aspect d'une framboise.

L'orifice utriculaire peut être visible, apparaissant œdématié, entr'ouvert, permettant l'introduction de l'extrémité de la sonde à diathermie.

Nous fixons sur un schéma très simple les lésions que nous avons découvertes afin de les retrouver plus facilement au cours de la séance d'étincelage.

Enfin en retirant l'instrument, il faudra examiner l'urètre antérieur. Il suffit pour cela d'appliquer les deux lèvres du méat sur la gaine de l'urétroscope pour obtenir la distension voulue.

Au cours de cette dernière exploration, nous n'avons jamais trouvé que des lésions banales de congestion de la muqueuse.

*Indications thérapeutiques fournies par l'examen
endoscopique*

En dehors de la congestion simple de la muqueuse qui est habituelle dans les prostatites chroniques, les lésions organisées nous semblent assez fréquentes, puisque nous les avons observées quinze fois sur 63 malades que nous avons eu à traiter.

L'œdème bulleux est la forme la plus fréquente, plus rarement associé aux végétations charnues.

L'association de la véru-montanite nous a paru presque toujours constante.

De telles lésions, lorsqu'elles existent, expliquent clairement l'échec du traitement classique dans certaines prostatites chroniques.

Le complément du traitement habituel réside dans la destruction des lésions organisées de l'urètre prostatique par l'étincelage.

TECHNIQUE DE L'ETINCELAGE

La technique est délicate. L'opérateur dispose de peu d'espace. Il est souvent difficile d'appliquer l'extrémité de la sonde exactement sur la lésion. Pour mener à bien l'intervention, il faut beaucoup d'attention, de douceur et de patience.

Soins préparatoires

On fera précéder l'intervention de quelques soins très simples.

Le malade recevra quelques grands lavages uréthro-vésicaux dans les jours qui précèdent. Il sera bon qu'il absorbe un peu d'urotropine ou d'uraseptine.

Il sera hospitalisé le matin même et pour une durée de six à sept jours.

Anesthésie

Une demi-heure avant l'intervention nous faisons placer un suppositoire à la morphine et à la cocaïne.

Il est simple de réaliser une bonne anesthésie de l'urètre, du col et du trigone en instillant dans le canal 20 c.c. de la solution de Butelline à 1 % et en

maintenant l'occlusion du méat pendant quelques minutes afin que le liquide ne s'échappe pas.

Après un intervalle de dix minutes l'anesthésie est réalisée.

Cette anesthésie suffit habituellement, sauf s'il y a des lésions du rein à étinceler, ou si le malade est pusillanime.

On aurait recours alors à l'anesthésie épidurale obtenue par injection dans le canal sacré de 30 c.c. d'eau distillée que l'on ferait bouillir en ajoutant au moment de l'ébullition le contenu d'un des paquets suivants :

Novocaïne	0 gr. 60
Bicarbonate de soude	0 gr. 15
Chlorure de sodium	0 gr. 10

Étincelage

L'étincelage ne diffère de l'électro-coagulation que par la petite distance qui sépare l'extrémité de la sonde à diathermie du point à traiter.

L'étincelage ou voltaïsation bi-polaire utilise des courants de faible ampérage et de haut voltage.

L'appareil à diathermie dont nous nous servons est celui du docteur Marion.

Le réglage est très facile. Il faut prendre la précaution d'essayer le courant avant d'introduire la sonde à diathermie dans la gaine de l'urétroscope.

Lorsque la sonde est en place, il reste à en amener l'extrémité vésicale au contact de chacune des lé-

sions. On y parvient en faisant pénétrer la sonde plus ou moins profondément, en s'aidant des mouvements de l'onglet, et en mobilisant en masse l'urétroscope.

Sous l'action du courant les végétations charnues se détruisent très facilement, les bulles d'œdème ne résistent pas et leur éclatement visible à notre œil est le plus souvent perçu par l'oreille.

Il y a lieu d'étinceler les lacunes prostatiques et les orifices glandulaires visibles à l'urétroscope.

Si l'utricule apparaît pathologique, l'extrémité de la sonde à diathermie y pénétrera en même temps qu'on fera passer le courant.

Si le vésicule est globuleux et enflammé, on y appliquera quelques touches de haute fréquence.

Lorsque la destruction semble complète, nous faisons un bon lavage afin de clarifier le milieu, suivi d'une revision de façon à ne laisser passer aucune altération susceptible d'être détruite.

La séance peut être longue. Il peut y avoir un point qui saigne, on arrêtera la petite hémorragie en recherchant le point qui saigne et en y appliquant quelques légères touches.

L'hémorragie peut se produire en nappe et être une cause de difficulté en diminuant fortement la visibilité. C'est pourquoi le liquide d'irrigation devra être chaud.

A la fin de la séance la muqueuse prend dans tous les points où elle a été touchée une coloration blanchâtre. Elle ne doit pas être carbonisée, dans ce

cas ou aurait utilisé un courant d'intensité trop élevée et on s'exposerait à des hémorragies.

Avant de retirer l'urétroscope, il faut extraire l'optique et attendre que tout le liquide introduit dans la vessie et retenu se soit écoulé.

On instillera 20 cc. d'huile goménolée dans l'urètre et on fixera une sonde à demeure.

Soins consécutifs

Le traitement ambulatoire est pour nous formellement contre-indiqué.

Il y a deux ordres d'accidents à éviter : l'infection et l'hémorragie.

On préviendra l'infection en faisant précéder l'intervention d'une désinfection aussi complète que possible de l'urètre.

On évitera l'hémorragie, qui serait provoquée par la chute d'une escarre, en n'utilisant pas de courants d'intensité trop élevée.

La sonde à demeure est un utile complément de l'intervention. Son rôle est double : s'opposer à l'apparition de l'infection et de l'hémorragie d'une part, provoquer un afflux leucocytaire au niveau de la muqueuse urétrale, d'autre part, dans le but de favoriser la réparation et la cicatrisation de celle-ci.

Elle devra être laissée en place six jours environ. D'une façon générale, elle ne sera retirée que lorsque les urines auront repris une teinte claire et qu'elles ne contiendront plus de sang.

La sonde qui nous a paru la meilleure est celle en caoutchouc rouge du docteur Marion.

Sa souplesse permet au malade de la supporter beaucoup mieux qu'une sonde rigide en gomme. Son extrémité vésicale munie de plusieurs orifices, fait qu'elle est toujours au point, évitant aux malades les épreintes douloureuses.

Son inconvénient est d'être fragile, il faut veiller à ce que la sonde soit toujours dans un état parfait de conservation si l'on veut éviter les ennuis que provoquerait la rupture dans la vessie de l'extrémité de la sonde au niveau d'un des points faibles que constituent les orifices.

Pendant la durée de l'hospitalisation du malade, nous faisons chaque jour deux lavages uréthro-vésicaux.

Si la sonde est en partie obstruée, elle est changée. On en profite pour faire un bon lavage de l'urètre et y instiller dix centimètres cubes d'huile goménolée, ou mieux d'Oléo-Synthol qui a l'avantage d'être mieux toléré.

Lorsque l'évolution est favorable et c'est la règle, le malade peut quitter la Maison de Santé, le septième jour environ.

Pendant le premier mois il continue à se présenter une fois par semaine afin de pouvoir recevoir le traitement habituel de la prostatite chronique, lavages antiseptiques et massages très doux.

Pendant cette période le malade a tout intérêt à éviter la fatigue, à observer son régime alimentaire

et à absorber un peu d'uraseptine ou d'urisanine de préférence à l'uroformine qui peut être la cause de cuissons au moment des mictions.

Les petits lavements chauds à garder feront grand bien et apaiseront la sensibilité prostatique qui peut se manifester pendant quelques jours au moment de la convalescence.

Résultats obtenus

Nous avons eu à traiter 63 prostatites chroniques.

Sur ce nombre, 48 présentaient associées aux lésions glandulaires, des lésions de congestion simple de la muqueuse urétrale. Elles ont été guéries par le traitement classique.

Les 15 autres présentaient des lésions organisées de l'urètre postérieur. La guérison a été obtenue en associant au traitement classique de la prostatite, l'étincelage des lésions muqueuses.

Les bons résultats obtenus remontent pour la plupart des malades à une année environ. Ils se sont maintenus tels jusqu'à maintenant.

OBSERVATIONS DU PREMIER GROUPE

OBSERVATION I

Le 2 décembre 1930, M. R. Auguste. N° 21.

Consulte pour urétrite chronique, goutte, brûlures, pesanteur anale, irradiations périnéales.

Examen. — Urines claires avec nombreux filaments. Urètre postérieur sensible. Prostate un peu augmentée et douloureuse.

Urétroscopie. — Grosses bulles d'œdème à la partie supérieure du col. Bords latéraux normaux. Véro-montanite légère. Lacunes prostatiques très visibles. Œdème diffus sus-montanal.

Allongement de l'urètre sus-montanal et saillie du bord inférieur du col. Etincelage le 16 décembre 1930.

Destruction des bulles d'œdème. On fait pénétrer l'extrémité de la sonde à diathermie dans les lacunes prostatiques visibles.

La sonde à demeure n'est laissée en place que 48 heures. Petite hématurie lorsqu'on enlève la sonde.

Revu le 13 décembre.

Bon état local et général.

Revu le 21 décembre.

A eu une hématurie.

Revu le 30 décembre 1930.

Il ne persiste qu'une légère sensibilité de l'urètre postérieur. Urines très claires.

OBSERVATION 2

Chez ce malade les déformations mécaniques de l'urètre prostatique étaient très visibles. Il existait en outre au niveau du trigone vésical plusieurs ulcérations et quelques fausses membranes.

Le 20-1-30, M. B. Paul. N° 32.

Consulte pour douleurs inguinales bilatérales, surtout à droite. Pas de pollakiurie. Pas de douleurs à la miction.

Récidiviste de blennorragie. N'aurait plus d'écoulement.

Examen. — Urètre libre. Sensibilité vive de l'urètre postérieur et du défilé membraneux. Prostatite droite. Liquide très trouble après massage avec dépôt épais. A la suite des massages, grosse amélioration, mais goutte persistante le matin, de couleur jaunâtre.

Le 24 février 1930. Urétroscopie. Bulles d'œdème très marquées sur la moitié droite du col, plaques d'urétro-cystite; fausses membranes. Déformation de l'urètre prostatique.

Le 26 février 1930. Etincelage complet des lésions. Mise en place d'une sonde pendant 6 jours.

Suites. — Les usines sont restées troubles pendant un mois environ; elles se sont peu à peu éclaircies. L'écoulement a cessé, le malade ne souffre plus.

OBSERVATION 3

Déformations mécaniques de l'urètre bien apparentes.

Le 25 janvier 1930, M. F. Roger. N° 55.

Consulte pour goutte matinale et urines troubles. Pollakiurie diurne et nocturne, 2 mictions par nuit. Quelques troubles post-mictionnels.

Blennorragie en 1923, n'a jamais guéri. Aurait eu des hémorragies après lavages. Urines louches ne s'éclaircissant pas par l'acide acétique.

Examen. — Spasme de l'urètre membraneux.

Prostate d'apparence normale.

Examen histo-bactériologique de l'exsudat prostatique. Quelques cocci. Gram positif. Quelques polynucléaires altérés.

Urétroscopie le 27 janvier 1930.

Vessie congestionnée. Granulations sur le bord supérieur du col. OEdème bulleux des bords latéraux du col. OEdème diffus sus-montanal. Effacement des gouttières latéro-prostatiques. Saillie légère du col. Véro-montanite congestive.

Etincelage le 7 février 1930.

Prélèvement le 31 mars 1930.

Suintement amicrobien. Amélioration très nette de l'urétrite.

OBSERVATION 4

Chez ce malade, les déformations mécaniques de l'urètre prostatique étaient particulièrement visibles.

Le 7 février 1930, M. C. Louis. N° 71.

Consulte pour goutte chronique.

Blennorragie il y a 3 ans. Pas de pesanteur périnéale. 1 miction nocturne. Douleurs, brûlures post-mictionnelles.

Examen. — Urines claires avec quelques filaments. Sensibilité vive de l'urètre postérieur. Pas de rétention.

Lobe gauche de la prostate hypertrophié et douloureux. Après massage, liquide trouble et moule vésiculaire.

Urétroscopie le 4 avril 1930.

Allongement de l'urètre sus-montanal. Effacement de la gouttière latéro-prostatique droite. Lacunes à ce niveau.

Bord supérieur du col irrégulier avec bulles d'œdème.

Œdème diffus sus-montanal.

Le 11 avril 1930. Etincelage des bulles et des lacunes visibles.

Sonde à demeure, durée habituelle.

Suites. — Revu pendant quelques mois. Amélioration progressive.

OBSERVATION 5

Le 10 mars 1930, M. B. Marcel. N° 99.

Consulte pour douleurs lombro-sacrées et hypogastriques sans pollakiurie, sans hématuries, sans crises de coliques néphrétiques.

Blennorrhagie il y a 4 ans. Prostatite un an plus tard, depuis, écoulement clair.

Examen. — Urines filamenteuses. Sensibilité vive de l'urètre postérieur et au toucher lobe droit de la prostate augmenté et douloureux.

On prescrit des massages.

Urétroscopie le 30 mars 1930.

Allongement du segment sus-montanal de l'urètre, à ce niveau nombreuses et grosses bulles d'œdème. Effacement des gouttières latéro-prostatiques, surtout la droite, nombreuses bulles à ce niveau.

Au niveau du col vésicules claires et végétations charnues. Véro gros avec saillie des freins.

Etincelage le 7 avril 1930.

Destruction des bulles et des végétations.

Quelques touches sur le véru.

Suites. — Très bonnes.

OBSERVATION 6.

M. B. Georges. Le 2 mai 1930. N° 131.

Consulte pour brûlures urétrales sans pollakiurie, surtout au moment des mictions. Aucun écou-

lement : Blennorragie en janvier, soignée par petits lavages.

Examen. — Urètre postérieur sensible, rétrécissement large.

Prostatite nette.

On prescrit un traitement par massage et dilata-tions douces sur bougies de gomme.

Revu le 23 mai 1930. Amélioré, mais non guéri.

Urétroscopie. — Effacement des gouttières latérales.

Saillie légère du bord postérieur du col.

Lacunes prostatiques infectées.

Lésions congestives simples.

Étincelage. — Sonde à demeure pendant six jours. Amélioration après étincelage.

OBSERVATION 7

Le 12 mai 1930, M. R... Lucien. N° 140.

Consulte pour douleurs à l'extrémité de la verge, quelques douleurs mictionnelles; urines lou-ches.

Examen. — Sensibilité vive de l'urètre posté-rieur. Prostate : lobe droit augmenté; douleur nette au toucher.

Liquide trouble après massage.

Examen histo-bactériologique du liquide. Sper-matozoïdes, pas de microbes, nombreux globules de pus.

Urétroscopie. — Col ogival. Déformation nette de l'urètre prostatique.

Bulles d'œdème, véru-montanite et utriculite.

Le malade devant quitter Paris dans un bref délai, l'étincelage est reporté au 10 septembre 1930.

Après l'étincelage la douleur irradiée du gland s'atténue.

OBSERVATION 8

Le 28 juillet 1930, M. C... Alexandre. N° 182.

Consulté pour pesanteur anale avec élancements dans l'urètre. Pas d'urétrite avouée.

Examen. — Urines contenant des filaments nombreux. Sensibilité vive de l'urètre postérieur. Pas de rétention. Prostate un peu grosse et sensible. Dépôt trouble après massage.

Traitement. — On ordonne des massages, des petits lavements chauds à garder.

Urétroscopie le 28 juillet 1930.

Urètre prostatique allongé et déformation des gouttières latérales prostatiques.

Bulles sur la moitié droite du col. Congestion du bord postérieur.

Végétations charnues du segment sus-montanal de l'urètre.

Etincelage le 13 octobre 1930.

Destruction large des lésions. On continue les lavages antiseptiques et les massages.

Le malade ne se plaint plus.

OBSERVATIONS DU DEUXIEME GROUPE

OBSERVATION I

Le 12 novembre 1929, M. N... Louis. N° 6.

Consulte pour utrétrite, écoulement, brûlures dans le canal.

Examen. — Urines claires avec filaments.

Sensibilité vive de l'urètre postérieur.

Prostate un peu augmentée et douloureuse.

Noyau du lobe droit.

Liquide trouble après massage.

Examen endoscopique pratiqué 15 jours plus tard.

Petites irrégularités du bord supérieur du col.
Bord inférieur congestionné. Œdème diffus sus-montanal. Véru-montanite superficielle.

Etincelage le 30 novembre 1929.

Etincelage de ces lésions plutôt congestives qu'organisées.

Mise en place d'une sonde à demeure 6 jours.

Revu le 17 décembre 1929.

Prostate en bon état, légère humidité du canal.

Revu le 16 janvier 1930.

Très bon état local, disparition de la goutte et urines claires.

Le 20 juillet 1930. Plus de douleurs.

OBSERVATION 2

N° 16. Le 13-1-30, M. G... Antoine.

Consulte pour écoulement filant et clair au moment de la défécation. Datant de 6 mois, soigné par des massages. Incontinence depuis l'enfance. Petite incontinence post-mictionnelle. Antécédent blennorragique.

Examen. — Urines claires.

Quelques irrégularités dans l'urètre postérieur. Prostate peu modifiée, légère sensibilité.

Traitement. — Dilatation aux béniqués et instillation de nitrate d'argent dans l'urètre postérieur à 1 p. 200.

Revu le 4 avril.

Amélioration, puis reprise d'un écoulement de défécation. On continue le traitement.

Revu le 5 mai 1930.

Aucune amélioration. On fait une urétroscopie.

Véru montanite typique avec œdème du bord supérieur du col. Véru irrégulier, muqueuse congestive.

OBSERVATION 3

N° 81. M. D... Léon. Le 14 février 1930.

Consulte pour douleurs mictionnelles et post-

coût depuis 1922. Traitement antérieur multiple. Lavages, santal, massages, dilatations, série de vaccins. Pas de pollakiurie, pas d'hématurie.

Examen. — Rétrécissement large de l'urètre, canal souple, sensibilité vive de l'urètre postérieur. Prostate peu modifiée, un peu douloureuse à gauche.

Urétroscopie.

Vessie saine, bord supérieur du col ogival. Œdème diffus sans bulles d'œdème. Œdème sus-montanal. Verru-montanile légère, urétrite antérieure. Parois supérieure et inférieure du canal présentant un piqueté rouge sur œdème diffus. Lacunes prostatiques au nombre de trois, très visibles.

Etincelage le 14 mars 1930.

Revu le 3 septembre 1930.

Pas de douleurs mictionnelles, grosse amélioration.

OBSERVATION 4

N° 84, M. B... Auguste. Le 17 février 1930.

Consulte pour brûlures urétrales après avoir uriné et sensation de chatouillement dans le canal. Blennorrhagie il y a 8 ans. Il y a 8 mois, réapparition de l'écoulement.

Examen. — Urines claires, testicules, épididymes, néant.

Urètre postérieur râpeux et rétrécissement large. Prostate augmentée et douloureuse.

Examen histo-bactériologique des urines après

massages et après centrifugations. Rares polynucléaires altérés, quelques hématies, cellules épithéliales. Culture négative.

Urétroscopie.

Bulles d'œdème sur le bord supérieur du col.

Congestion et œdème sus-montanal.

Etincelage le 10 mars 1930.

Lavages et massages consécutifs. L'écoulement se tarit et les sensations douloureuses s'espacent.

OBSERVATION 5

N° 95, M. N... Auguste. Le 3 mars 1930.

Consulte pour hématuries terminales. Pas de pollakiurie, pas de douleurs mictionnelles.

Blennorragie en 1920, négligée, goutte permanente. Première crise d'hématuries il y a 18 mois, durée 1 mois 1/2. La deuxième plus récente.

Examen. — Bon canal. Sensibilité vive de l'urètre postérieur. Saigne facilement.

Lobe prostatique gauche douloureux avec noyau, dureté, irrégularité.

Liquide trouble après massage. L'examen histobactériologique montre quelques hématies et globules de pus, cellules desquamées. Absence de microbes.

On ordonne des massages et des grands lavages pendant 15 jours.

Urétroscopie le 17 mars 1930.

Sur le bord supérieur du col, grosses bulles d'œdème centrées par un pédicule vasculaire.

Véru montanum gros et rouge.

Étincelage le 28 mars 1930.

L'éclatement des bulles est perçu par l'oreille.

Sonde à demeure, durée habituelle.

Suites. — Grosse amélioration.

OBSERVATION 6

Le 30 mars 1930, M. M... Jean. N° 114.

Consulte pour goutte urétrale permanente sans aucune douleur, sans pollakiurie, sans dysurie.

Blennorragie il y a 20 ans, compliquée d'épidé-
mite droite; guérison lente en deux ans.

Examen. — Urines claires avec gros filaments.

Prostate petite, dure et douloureuse. Liquide trouble après massage. On prescrit des massages.

Le 18 avril 1930, la goutte persistant, on fait une uréthroscopie.

Uréthroscopie.

3 grosses bulles d'œdème sur le bord supérieur du col. Gros véru montanum avec congestion. Lacunes du niveau des gouttières latéro-prostatiques.

Étincelage le 2 mai 1930.

On fait un étincelage large.

Sonde molle de Marion pendant 6 jours.

Suites. — Disparition de l'écoulement un mois plus tard.

OBSERVATION 7

M. M... Georges, le 11 avril 1930. N° 122.

Consulte pour douleurs lombo-sacrées, plutôt gauches, se manifestant depuis 3 semaines. Douleurs sourdes, continues. Pollakiurie diurne et nocturne (3 mictions par nuit).

Urétrite en janvier. A conservé un écoulement matinal.

Examen. — Urines troubles avec filaments.

Sensibilité vive de l'urètre prostatique. Prostate augmentée, lobe droit sensible. Après massage, liquide trouble.

On ordonne des massages et des lavages.

Urétroscopie le 6 juin 1930.

Urétrite congestive, grosses bulles d'œdème sur le bord supérieur du col. Véro-montanite.

Etincelage le 12 juin 1930.

Sonde molle de Marion à demeure pendant six jours.

Suites. — A son départ en vacances, le malade était très satisfait.

CONCLUSIONS

Ces conclusions ressortent de l'analyse de 65 observations dont l'ensemble représente toutes les prostatites chroniques que nous avons eu à traiter pendant un an.

L'urétroscopie nous a appris que la prostatite chronique est faite le plus souvent de l'association de deux ordres de lésions : glandulaires et muqueuses.

Nous avons constaté l'association de lésions muqueuses organisées 15 fois. D'après notre statistique, celles-ci existent donc dans 24,8 pour 100 des cas de **prostatite chronique**.

La congestion simple de la muqueuse urétrale est constante au cours de cette affection.

Une seule thérapeutique ne saurait suffire.

Lorsque la prostatite chronique ne s'accompagne que d'une simple congestion de la muqueuse de l'urètre postérieur, le traitement classique suffit et appliqué avec persévérance il a donné chez nos malades qui appartenaient à cette catégorie, d'excellents résultats.

Lorsqu'à la prostatite s'ajoutent des lésions organisées de l'urètre prostatique, il devient indispensable, pour obtenir la guérison, d'ajouter au traitement habituel, la destruction de ces lésions.

On y parvient au moyen de l'étincelage dont la technique est assez simple et dont les résultats sont très satisfaisants dans l'ensemble.

Chez nos malades, l'étincelage a dû être utilisé une fois sur quatre.

Le traitement ambulatoire doit être formellement rejeté.

L'importance des soins post-opératoires est capitale.

Par cette méthode nous pensons que les interventions sanglantes auront des indications très rares. La prostatectomie, qu'elle soit faite par voie périnéale ou transvésicale nous paraît devoir être rejetée.

Nous avons les moyens d'offrir au malade atteint de prostatite chronique, des possibilités de guérison avec une méthode dont les risques sont nuls.

Vu : le Doyen, *le Président*. Vu : le Président,
BALTHAZARD. *le Président*. LEGUEU.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

Flandrin. — Précis d'Urologie.

Flandrin. — Traitement endoscopique de l'urétrite postérieure. Extrait des Archives Urologiques de Necker. Tome V, fascicule 1.

Flandrin. — De l'urétroscopie postérieure dans le diagnostic et le traitement des prostatites chroniques. Tome VI, fascicule 2.

Legueu. — Traité chirurgical d'urologie.

Marion. — Traité d'urologie.

Papin. — Archives Urologiques de la clinique de Necker. Tome I, page 204.

Papin. — Endoscopie opératoire des voies urinaires.



